



**CERTIFICADO LABORAL**

Quien suscribe, certifica que el/la Señor/a Don/Doña \_\_\_\_\_, documento de Identidad N° \_\_\_\_\_, se desempeña actualmente en la institución \_\_\_\_\_, en las funciones específicas que más abajo se detallan, durante el tiempo que se indica.

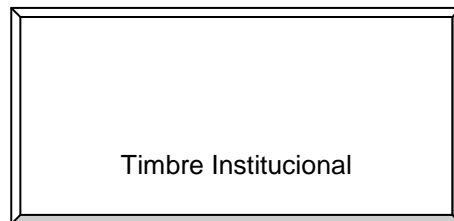
<b>FUNCIÓN</b> (indicar en detalle las responsabilidades ejercidas durante el periodo y en el evento que se hubiese tenido personal a cargo, indicar el N° de colaboradores)	Desde día/mes/año	Hasta día/mes/año

En caso de resultar seleccionado por el Programa de Formación de Recursos Humanos para Latinoamérica y el Caribe en Reducción de Riesgo de Desastres - Kizuna, el candidato queda autorizado a viajar a Chile en las fechas determinadas por los ejecutores del curso. A su regreso, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y transferencia de los conocimientos recibidos y la implementación del Plan de Acción.

(Firma)

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE JEFATURA**

N° Documento de Identidad  
(Cargo)  
Institución  
Teléfono Contacto



Lugar, fecha \_\_\_\_\_